

15 その他の様式

同 意 書

高知県知事 様

私は、下記のことを条件として、高知県が私個人の情報を提供することに同意します。

記

提供目的：地域枠等高知県医師養成奨学貸付金の借受者に対するキャリア形成支援及び償還のためのフォローアップ

提供情報：借受者個人の氏名、生年月日、性別、出身地、大学名、入学及び卒業年度、連絡先、申請内容、借受実績、勤務先医療機関または在籍大学名

提供期間：貸与決定から償還終了まで

提 供 先：高知大学医学部、高知地域医療支援センター、高知医療再生機構、勤務先医療機関

年 月 日

同意者（借受者本人）

住 所

氏 名 (印)

電話番号（日常的に連絡の取れるもの）

メールアドレス（日常的に連絡の取れるもの）

申 立 書

高知県医師養成奨学貸付金貸与申請にかかる連帯保証人_____と_____は、それぞれが独立の生計を営んでおります。

高知県知事 様

令和 年 月 日

借受者 氏名 印

連帯保証人 氏名 印

連帯保証人 氏名 印

債権者登録(変更)申請書

枚中 枚

データ区分	処理区分	債権者コード	債権者名

処理区分
1 新規登録
2 変更
9 削除

1, 2, 9 のいずれか一つを選び、○で囲んでください。

点検者	記入者

C#	会社区分コード	住所コード	*債権者名変更の場合は変更前の債権者名を記入
01			

※変更の場合は、変更した項目の記載のみでかまいません。

郵便番号	住所 (都道府県名から記入してください。)
	都・道 府・県
	番 地 (住所コードに対応しない地名、番地等)
	方 書 (ビル名、アパート名等を記入してください。)

C#	氏 名 1 (カ ナ)
02	
	氏 名 2 (カ ナ)
	氏 名 1 (漢 字)
	氏 名 2 (漢 字)
	電 話 番 号

【記載上の注意 (法人の場合)】

①氏名及び口座名義人の(カナ)欄は下のカナ略称を記入してください。

法人の種類	カナ略称	法人の種類	カナ略称
株式会社	カ	学校法人	カク
有限会社	ユ	国立大学法人	ダイ
合名会社	メ	公立大学法人	タ
合資会社	シ	独立行政法人	トク
合同会社	ト	地方独立行政法人	チトク
医療法人	イ	特定非営利活動法人	トクヒ
医療法人社団		弁護士法人	ベ
医療法人財団		行政書士法人	キョ
社会医療法人		司法書士法人	シホウ
財団法人	サ	税理士法人	セイ
一般財団法人		管理組合法人	カンリ
公益財団法人		農事組合法人	ノウ
社団法人	シヤ	社会労務士法人	ロウム
一般社団法人		有限責任中間法人	チュウ
公益社団法人		無限責任中間法人	チュウ
社会福祉法人	フク	更正保護法人	ホコ
宗教法人	シユウ	相互会社	ソ

②略号の前後は次のように「かっこ」で区切ってください。

一般社団法人高知 → シヤ)コウチ

高知株式会社 → コウチ (カ

高知有限会社安芸営業所 → コウチ(ユ)アキ(エイ

③法人名に続く役職名・代表者名などは省略できます。

土佐株式会社 代表取締役 ○山×男 → トサ(カ

C#	支払方法	2 口座振替	2, 9 のいずれか一つを選んで記入してください。
03	2	9 その他 ()	
	金融機関コード	金融機関名	店 舗 名
	預金種別	1 普通預金	1, 2, 9 のいずれか一つを選んで記入してください
	1	2 当座預金	
		9 その他 ()	
	口 座 番 号		
	口 座 名 義 人 (カ ナ)		
	関連債権者コード		

上記のとおり申請します。

高 知 県 知 事 様

年 月 日

申請者

住 所

氏 名

【このチェック票は申請書類とともに提出して下さい】

提出前最終チェック票

年 氏名

- ☐ 医師養成奨学貸付金貸与申請書(第1号様式)
 - ☐ 連帯保証人は2名記入している(連帯保証人同士の住所が同一の場合は申立書が必要)
 - ☐ 本籍は都道府県名だけでなく番地まで記入している
- ☐ 身上調書(第4号様式)
 - ☐ 本人が属する世帯の全員を記入している
- ☐ 戸籍抄本
 - ☐ 6ヶ月以内に取得したもの(申請者本人のみで可)
- ☐ 誓約書(第5号様式)
- ☐ 在学証明書
- ☐ 学部の長の推薦書
- ☐ 所得証明書(源泉徴収票は不可)
 - ☐ 世帯の全員(学生の兄弟分は不要)・連帯保証人
- ☐ 印鑑登録証明書
 - ☐ 申請者本人・連帯保証人
 - ☐ 3ヶ月以内に取得したもの
- ☐ 「医師の確保が必要な地域で医師業務に従事しようとする理由」
 - ☐ 大学名・氏名を記入、字数制限なし、A4横書き
- ☐ 「15年後のあなたの姿」
 - ☐ 大学名・氏名を記入、800字程度、A4横書き
- ☐ 同意書
 - ☐ 高知県医師養成奨学貸付金借受者のキャリア形成支援および償還のフォローアップのため、提供先の連携が必要ですので提出をお願いします。
- ☐ 債権者登録(変更)申請書
 - ☐ 必要事項を記入後、押印

書類をもう一度確認してください

- ☐ 書類はボールペンで記入している(消せるボールペンは絶対使用しない)
- ☐ 記入漏れや空白の欄はない
- ☐ 押印欄には印鑑登録証明の印(実印)を押している

令和 年 月 日

高知県知事 様

住 所

氏 名

電話番号

借受者異動届

下記のとおり、（□氏名、□住所、□本籍、□電話番号）を変更しましたので、
高知県医師養成奨学貸付金等貸与条例施行規則第 1 2 条の規定により届け出ます。

記

旧	ふりがな 氏 名	
	住 所	
	本 籍	
	電話番号	
新	ふりがな 氏 名	
	住 所	〒 -
	本 籍	
	電話番号	

※異動のあった項目について、新旧ともに記入すること。
(異動のない項目は記載不要)

異動年月日	年 月 日
-------	-------

令和 年 月 日

高知県知事 様

住 所

氏 名

電話番号

連帯保証人異動届

下記のとおり、連帯保証人 の（☐氏名、☐住所、☐本籍、☐電話番号）
を変更しましたので、高知県医師養成奨学貸付金等貸与条例施行規則第12条の規定により届け
出ます。

記

旧	ふりがな 氏 名	
	住 所	〒 -
	本 籍	
	電話番号	
新	ふりがな 氏 名	
	住 所	〒 -
	本 籍	
	電話番号	

※異動のあった事項について、新旧ともに記入すること。
（異動のない項目は記入不要）

異動年月日	年 月 日
-------	-------

令和 年 月 日

高知県知事 様

借受者 住 所

氏 名

電話番号

休 学 届

下記のとおり休学しますので、高知県医師養成奨学貸付金等貸与条例施行規則第12条第1項第3号の規定に基づき届け出ます。

記

1. 期 間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日

2. 理 由

令和 年 月 日

高知県知事 様

借受者 住 所

氏 名

電話番号

貸付金一時停止申請書

下記のとおり、高知県医師養成奨学貸付金の貸与の一時停止を申請します。

記

1. 大学名及び学年

大学名：

学 年：

2. 貸付金を一時停止する期間

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日

3. 一時停止を申請する理由

(注) 負傷又は疾病のため大学を休学し、若しくは長期にわたって欠席する場合は、医療機関の作成した診断書を添えて下さい。なお、休学する場合は、休学届を復学した場合は、復学届も提出して下さい。

年 月 日

高知県知事 様

借受者 住所
氏名
電話番号

地域医師業務従事届

年度の算入について、高知県医師養成奨学貸付金等貸与条例施行規則第 20 条の規定により、下記のとおり届出します。

記

(計算証明)

年度の算入については以下のとおりです。

医師名 _____
算入月 / 5 月

年 月 日

算入計算医療機関 _____

病院長 (診療科長等でも可)

氏名 印

●算入計算書

(年度)

派遣先 医療機関名	期間	派遣期間 月数 A	算入割合 (A×割合)	算入月数 B (A×割合結果)	うち 非派遣日
	(開始日) 令和 年 月 日 (終了日) 令和 年 月 日	月	× / 5	/ 5 月	
	(開始日) 令和 年 月 日 (終了日) 令和 年 月 日	月	× / 5	/ 5 月	
合 計				/ 5 月 ≡ 月	
	【年間換算】※割り切れない場合は少数第 3 位を四捨五入 [1 年 × / 12 月] = 年			年	

注 月 4 日未満の派遣は除外します。

合計算入月数は、0.5 月以上の端数は切り上げ、0.5 月未満の端数は切り捨てます。